



**退役軍人轉介表
(第一部分)**
VETERANS REFERRAL (PART 1)

DSHS辦事處	電話號碼
檔案號碼	檔案姓名

A. 請勾選符合您的情況的項目，或者，如果您為其他人申請，勾選符合此人情況的項目。

1. 退役軍人
2. 退役軍人的寡婦或鳏夫，該退役軍人在服現役期間死亡，或者因服役相關的傷殘而致死。其寡婦或鳏夫沒有再婚，或者如果再婚，其婚姻已被在**90年11月1日**之前開始的法律訴訟而廢除或終止。
3. 參戰退役軍人的寡婦或鳏夫，該退役軍人因與服役無關的病情而死亡。其寡婦或鳏夫沒有再婚，或者如果再婚，其婚姻已被在**90年11月1日**之前開始的法律訴訟而廢除或終止。
4. 退役軍人的家長，該退役軍人在服現役期間死亡，或者因服役相關的傷殘而致死。
5. 退役軍人的子女，子女年齡在二十六歲以下，該退役軍人因服役相關的傷殘而致死，或者永久地、完全殘廢。
6. 退役軍人的子女，該退役軍人在服現役期間死亡，或者因服役相關的傷殘而致死。其子女在年滿十八歲之前完全地，永久性殘廢。
7. 死亡參戰退役軍人的子女。該子女在年滿十八歲之前完全地，永久性殘廢。
8. 死亡參戰退役軍人的子女。該子女年齡在二十三歲以下，未婚，並全日上學。

B. 如果您勾選了以上A欄內的任何項目，請勾選下面所有符合您的情況的項目，或者，如果您為其他人申請，勾選符合此人情況的項目。

1. 有與服役相關的殘疾。
2. 因與服役無關的傷殘而永久地、完全殘廢，並且曾在戰時服役。
3. 需要醫療看護。
4. 需要療養院看護。
5. 正在申請COPES計劃內的家內看護。
6. 需要_____計劃內的家內看護，
(請註明計劃)。

C. 如果您勾選了以上A欄與B欄內的項目，請填寫此欄。

1. 退役軍人的姓名 (姓氏，名字，中名)	2. 退役軍人的社會安全號碼	3. VA申報號碼 (如果知道)
-------------------------	----------------	--------------------

D. 請您仔細閱讀下列說明。請您簽名，註明日期，並將此表格寄回您的DSHS辦事處。

如果您沒有寄還此表格，您申請的DSHS福利可能會被拒絕。

本人在此聲明，以上所提供的資料，據本人所知純屬事實，並且正確。本人瞭解，本人可能需要與“退役軍人服務辦公室”(Veterans Service Office)聯繫，因為這是申請程序必需的一個部分。本人在此授權“社會福利服務部”(DSHS)及“退役軍人服務辦公室”公開必需的資料，以便確定本人享受福利的資格。

如果本人認為，DSHS要求此項資料是錯誤的，本人可以在此轉介日期的九十天之內，申請舉行公平聽證會，其方法是寫信給“上訴管理處”，地址如下：Department of Social and Health Services, Office of Appeals, P.O. Box 2465, Olympia, Washington 98507-2465.

用戶或授權代表簽名	日期
-----------	----